

Abnorme Erlebnisreaktionen
der Münchener Zivilbevölkerung
während des Krieges

Dieter Schlegel

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. Kurt Kolle

ABNORME ERLEBNISREAKTIONEN
DER MÜNCHENER ZIVILBEVÖLKERUNG
WÄHREND DES KRIEGES

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt
und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Dieter Schlegel
aus
Braunschweig



1958

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Privatdozent Dr. med. J. E. Meyer

Korreferent: Professor Dr. med. K. Kolle

Dekan: Professor Dr. med. W. Büngeler

Tag der mündlichen Prüfung: 13. 6. 1958

INHALT

	<u>Seite</u>
I. Einleitung	1
II. Methodik	5
III. Gesamtaufnahmen während des Krieges	8
IV. Abnorme Reaktionen ohne Rücksicht auf Zusammenhang mit Kriegsgeschehen	9
Einteilung nach Diagnosen und Aufnahmejahr	12
Einteilung nach Altersgruppen	17
V. Kriegsbedingte Reaktionen	20
VI. Reaktionen Kriegsgefangener und politisch Verfolgter	22
VII. Reaktionen nach Luftangriffen	27
VIII. Zusammenfassung	38
Literaturangaben	40
Lebenslauf	45



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. EINLEITUNG

Lebensbedingungen und Umweltvorgänge formen und beeinflussen in weitem Maße die Psyche des Menschen. Den von außen wirksamen gestaltenden Faktoren steht gegenüber die innere - ererbte oder persönlichkeitsbedingte - seelische Konstitution. Besteht zwischen äußerem Erleben und der Fähigkeit, das Erlebte psychisch zu verarbeiten ein Mißverhältnis, so kann es zu psychoreaktiven Störungen kommen, wobei die Ursache sowohl in der Außergewöhnlichkeit des Erlebten, als auch in der seelischen Labilität des Erlebenden liegen kann. Das Resultat der Diskrepanz zwischen Erlebnisemotion und Persönlichkeit des Reaktionsträgers ist die 'abnorme Reaktion' (BRAUN¹).

Die vorliegende Arbeit untersucht die abnormen Erlebnisreaktionen der Münchener Zivilbevölkerung während des Krieges. Auch soll festgestellt werden, ob die durch den Krieg geschaffene veränderte Umweltssituation und die zusätzlich durch Luftangriffe gegebenen Katastrophenfälle eine Zunahme der psychoreaktiven Störungen herbeiführten. Die Prüfung der Reaktionen nach Luftangriffen ist dadurch besonders interessant, daß hier die gleichen Schädlichkeiten auf einen großen Personenkreis einwirkten, da die Angriffe große Teile der Stadtbevölkerung in gleichem Maße betrafen und so für Tausende die gleiche psychische Belastung darstellten. Auch bedrückten die veränderten äußeren Lebensbedingungen die Bewohner der Stadt in gleicher Weise: die durch Alarme gestörten Nachtruhnen, die ständige Bedrohung durch feindliche Flieger, die Rationierung der lebensnotwendigen Güter wie Nahrungsmittel, Kleidung etc., die mangelnde Strom- und Gasversorgung, die ungünstigen Nachrichten von den Fronten und die Sorgen um die Angehörigen im Felde, dazu meist noch erhöhte Anforderungen im Beruf durch das Fehlen der zum Heer einberufenen Männer. Während die letzten Punkte auch im ersten Weltkriege schon die Situation der Zivilbevölkerung erschwerten, wurde jetzt zusätzlich die Heimat durch die Luftangriffe aktiv mit in das Kriegsgeschehen einbezogen. Es war daher zu erwarten, daß die Zunahme abnormer Erlebnisreaktionen, die im ersten Weltkrieg schon auffallend gewesen war, sich auch im letzten Kriege wieder einstellen würde und zwar durch die jetzt noch stärkere psychische Belastung in noch größerem Maße.

BONHOEFFER ²⁾ fand im ersten Weltkrieg eine Zunahme der abnormen Reaktionen um das zwei- bis dreifache. TOEPEL ³⁾, der die Aufnahmen der Kölner Klinik aus den Jahren 1913 und 1919 untersuchte und verglich, stellte fest, daß die "Hysterien" bei den Männern von 2,4 % auf 16,4 % und bei den Frauen von 4,9 % auf 14,1 % gestiegen waren, und daß sich die Anzahl der Psychopathien um mehr als das Doppelte vermehrt hatte. Diese auffallende Zunahme der psychoreaktiven Störungen blieb im letzten Kriege aus. Lediglich gegen Kriegsende hin (ab 1944) war ein geringer Anstieg zu verzeichnen (KRANZ ⁴⁾).

Auch hat sich das Ausdrucksbild der abnormen Erlebnisreaktionen gewandelt. Vor allem sind die groben psychogenen Mechanismen wie Tremoren, Lähmungen, Dämmerzustände, Aphonien usw. selten geworden. Beispielsweise wurden von der männlichen Münchener Zivilbevölkerung während des ganzen Krieges nur acht Fälle mit psychogenen Tremoren aufgenommen. Bei fünf Patienten war die Auslösung des Tremors durch Ereignisse bedingt, die mit dem Kriegsgeschehen in Zusammenhang standen. Von allen acht Patienten aber waren vier schon im ersten Weltkrieg des gleichen Leidens wegen behandelt worden, gehörten also zu der damals verhältnismäßig großen Gruppe der "Weltkriegszitterer" oder "Schüttler". Die Gründe, die den Tremor jetzt wieder ausgelöst hatten, waren in zwei Fällen Einberufung zum Militär, einmal Verschüttung nach Fliegerangriff und einmal berufliche Schwierigkeiten. Neben diesen schon im ersten Weltkrieg ähnlich reagierenden vier Patienten, die man gleichsam als 'vorbelastet' betrachten könnte, bleiben also als Neuaufnahmen mit psychogenen Tremoren nur noch vier Fälle bei den Männern während der ganzen Kriegszeit übrig, im Vergleich zum ersten Weltkrieg eine verschwindend geringe Zahl!

V. BAEYER ⁵⁾ bezeichnet es als voreilig, aus dem Rückgang solcher demonstrativen, psychisch bedingten Mechanismen auch auf den Rückgang der abnormen Erlebnisreaktionen ganz allgemein zu schließen. Vielleicht sei im Gegenteil sogar eine Zunahme möglich, nur ist das äußere Erscheinungsbild der durch psychogene Einflüsse gestörten Körperfunktionen ein anderes geworden. An die Stelle der primitiven Ausdrucksform mit demonstrativem Charakter wie der psychogene Anfall, die Gangstörung, die Armlähmung, ist die 'Intimform' (v. BAEYER) als Reaktion getreten, die - stiller und ausdrucksärmer - dem echten Kranksein nähersteht und sowohl im Körperlichen wie im Seelischen Funktionsstörungen hervorruft, die die willkürliche Beeinflussung und absichtliche Hervorkehrung erschweren oder gänzlich ausschließen. Das gilt besonders für die echte 'Organneurose' mit den Symptomen, die von denen anatomischer Erkrankungen innerer

Organe oft schwer zu unterscheiden sind. Aus diesem Grunde, so meint v. BAEYER, gelangen auch die Patienten mit den intimeren Ausdrucksformen ihres abnormen Reagierens seltener in die Nervenklinik, sondern werden meist schon vom praktischen Arzt behandelt oder dem Internisten überwiesen. Da sich diese Fälle somit unserer Kontrolle und Registrierung entziehen, dürfte man nicht von einer Abnahme abnormer Reaktionen sprechen, sondern nur von einer Verschiebung innerhalb der somatischen Manifestationen. Als Ursache für den Wandel im Erscheinungsbild der erlebnisbedingten Reaktionen ist nach KOLLE ⁶⁾ die ebenfalls veränderte Situation des heutigen Menschen anzusehen. Die uns umgebende Kultur, die fortschreitende Technik, der auch der Einzelne immer stärker unterworfen wird, die Vermassung und die Einengung der Individualität macht den Menschen immer mehr zum Objekt, so daß er - Subjekt nur noch in seiner eigenen Leiblichkeit und an Ausdruckskraft und Ausdrucksmöglichkeit verarmt - die Krisen seiner Existenz nur noch in vegetativen Reaktionen darzustellen vermag. Durch diese 'Wendung der Reaktionsformen von außen nach innen' (KRANZ) läßt sich die Abnahme der massiven psychogenen Reaktionen und eine mögliche Zunahme der Organneurosen erklären, welche allerdings statistisch nur äußerst schwer zu erfassen sein dürfte.

SCHMIDT ⁷⁾ ist dagegen der Ansicht, daß wahrscheinlich der zweite Weltkrieg - bei den Soldaten wenigstens - nicht soviel Organneurosen hervorgebracht hat, wie der erste Weltkrieg "Schüttler". Auch betont er besonders die Schwierigkeit eines Vergleiches zwischen den beiden Weltkriegen, weil 1.) die Diagnosen nicht immer das gleiche meinen, besonders bei der Hysterie, 2.) hysterische Schaustellungen mancherorts gezüchtet werden und 3.) die Zusammensetzung der Patienten im Zeitalter der Psychotherapie anders als in der Ära der wissenschaftlichen Psychiatrie ist. "

Über Aufnahmen von Patienten mit abnormen Reaktionen nach Fliegerangriffen stehen uns Untersuchungen aus Bonn, Freiburg, Leipzig und Nürnberg zur Verfügung. Übereinstimmend wird hier festgestellt, daß trotz schwersten seelischen Belastungen, wie sie die Fliegerangriffe zweifellos darstellten, abnorme Reaktionen nur selten auftraten. PANSE ⁸⁾ schreibt, daß die Heil- und Pflegeanstalt Bonn während dieses Krieges unter 6148 Neu-aufnahmen nicht einen psychischen Ausnahmezustand aufwies, den man ursächlich mit Wahrscheinlichkeit auf das Erleben eines Fliegerangriffes hätte beziehen können. Nach BERINGER ⁹⁾ wurden in Freiburg nach einem schweren Großangriff, bei welchem Tausende das Leben, Tausende ihre gesamte Habe

verloren, nur zwei Personen mit abnormen Reaktionen aufgenommen. Und schließlich stellten JANZ ¹⁰⁾ in Leipzig und MEISTER ¹¹⁾ in Nürnberg ebenfalls fest, daß die Klinikaufnahmen durch Fliegerangriffe bedingter Angst- und Schreckreaktionen in beiden Städten entgegen den Erwartungen äußerst selten waren. Als mögliche Gründe für das seltene Auftreten abnormer Reaktionen nach Luftangriffen werden angeführt eine durch Vorkriegspropaganda, Luftschutzkurse und -übungen bewirkte Vorbereitung auf die Katastrophen und dadurch erreichte Immunisierung der Bevölkerung, sowie die Tatsache, daß - wie später noch eingehender beschrieben - durch psychogene Reaktionen bedingte körperliche Beeinträchtigungen der Aktionsfähigkeit nach Fliegerangriffen im krassen Widerspruch zum Selbsterhaltungstrieb standen und sich dadurch für den Betroffenen in jeder Weise nur schädlich auswirken konnten.

II. METHODIK

Um möglichst alle Fälle klinisch behandlungsbedürftiger abnormer Reaktionen während des Krieges in München zu erfassen, wurden die Gesamtaufnahmen vom 1. September 1939 bis zum 30. April 1945 sowohl der Nervenlinik der Universität Münchens als auch der Psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing (Klinische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, Direktor Prof. Dr. K. Schneider) durchgesehen. Von 18046 Aufnahmen der Nervenlinik wurden nach den Diagnosebüchern ca. 3500 Fälle herausgeschrieben, deren Krankengeschichten bearbeitet wurden. Da die Diagnosebücher des Städt. Krankenhauses München-Schwabing durch Kriegseinwirkung verloren gegangen waren, mußten alle von der Psychiatrischen Abteilung vorhandenen Krankenblätter während des Krieges aufgenommenen Patienten auf abnorme Reaktionen durchgesehen werden. Von 4152 Kriegsaufnahmen blieben hier ca. 1000 Fälle mit psychoreaktiven Störungen, die für diese Arbeit verwertbar waren. Bei beiden Häusern wurden Patienten, die innerhalb eines Jahres mehrmals wegen des gleichen Leidens aufgenommen wurden, nur einmal in dem betreffenden Jahre gezählt, während die übrigen Aufnahmen von der Gesamtaufnahmezahl des Jahres abgezogen wurden. Ebenfalls ausgeschieden wurden die Patienten, bei denen eine klare Diagnosestellung nicht möglich gewesen war, ferner solche, deren Krankengeschichten verloren gegangen waren. Sie wurden als 'nicht aufgenommen' gewertet. Schließlich wurden auch noch die Gutachten aus den Gesamtaufnahmen gestrichen, sofern sie nicht Krankheiten oder Schäden behandelten, die während der Kriegszeit aufgetreten oder unmittelbar kriegsbedingt waren. Dies allerdings war - von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen - im allgemeinen nicht der Fall, da Gegenstand der Gutachten meistens Versorgungsansprüche waren, die auf Grund solcher Schäden gestellt wurden, die entweder im ersten Weltkrieg oder in der Zeit vor dem zweiten Weltkrieg erworben wurden. Durch die Ausschaltung unklarer Fälle bzw. der Patienten, die nicht des ärztlichen Beistandes wegen in die Klinik kamen (Gutachten), wurde eine genauere statistische Einteilung der einzelnen Krankheitsbilder in die verschiedenen Gruppen ermöglicht. Es ergab sich folgendes Bild:

	(1939)	1940	1941	1942	1943	1944	(1945)	insgesamt
Gesamtaufnahmen	1391	4524	4279	4244	3977	3096	687	22198
unklare Fälle	22	77	81	73	54	81	6	
fehlende Krankenblätter und Wiederaufnahmen	23	125	94	100	84	78	19	
Gutachten	23	74	61	73	59	38	1	
Einwandfrei diagnosti- zierte Aufnahmen	1323	4248	4043	3998	3780	2899	661	20952
Psychoreaktive Störun- gen	292	828	805	617	575	353	72	3542
= % der Gesamtaufnahmen	22,1	19,4	19,9	17,9	14,9	12,2	10,9	16,8

Tabelle 1

Die Prozentzahlen beziehen sich in allen Fällen auf die einwandfrei diagnostizierten Gesamtaufnahmezahlen, also nicht auf die absoluten Gesamtaufnahmen. Auch ist zu beachten, daß die Aufnahmezahlen der Jahrgänge 1939 und 1945 nicht ohne weiteres mit denen der anderen Jahrgänge verglichen werden dürfen, da sie jeweils nur die Aufnahmen von vier Monaten des betreffenden Jahres darstellen, nämlich 1939 von September bis Dezember und 1945 von Januar bis einschließlich April. Es wurden während des Krieges in den beiden Psychiatrischen Kliniken Münchens 3542 Fälle mit psychoreaktiven Störungen aufgenommen, die im Folgenden näher klassifiziert und besprochen sind. Bei allen diesen Patienten beruhte die Untersuchung und Einteilung in Gruppen ausschließlich auf dem Studium der Krankengeschichten. Die so untersuchten Fälle wurden nach Geschlecht, Alter, Aufnahmejahr und Diagnose geordnet und in folgende große Gruppen unterteilt:

- Suicidversuche
- Erschöpfungszustände
- Reaktive Depressionen
- Süchte
- Sonstige psychoreaktive Störungen

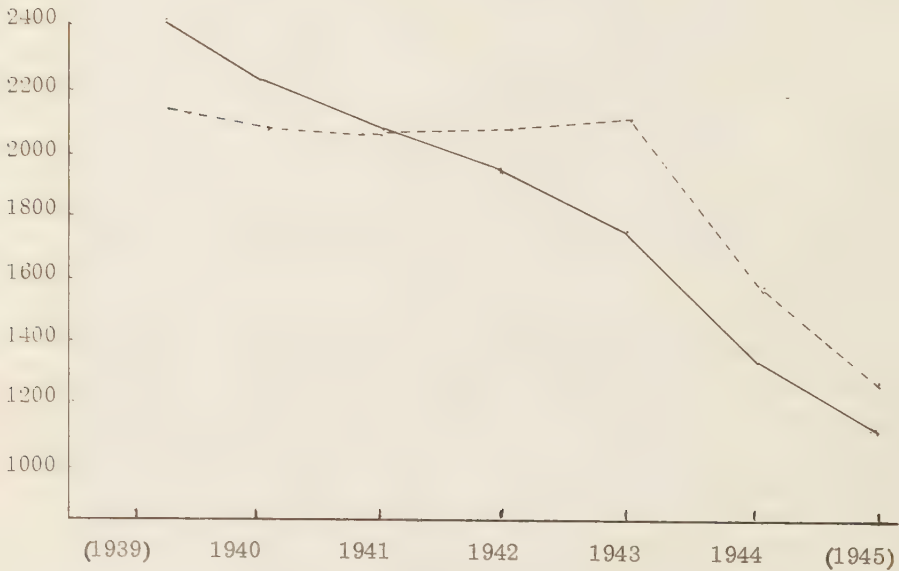
Zwar auch in diesen Gruppen schon enthalten, aber noch einmal gesondert aufgeführt und besprochen sind die kriegsbedingten Reaktionen und Verhaltensweisen.

Bei der Einordnung in die verschiedenen Gruppen ergab sich öfter die Schwierigkeit, daß der gleiche Patient sowohl zu der einen, wie auch zu einer anderen Gruppe gerechnet werden konnte. Da jeder Patient aber nur einmal in einer Gruppe erscheinen durfte, wurde er in diesen Fällen unter dem Symptom eingereiht, das den Hauptgrund für die Klinikeinweisung bildete. So ergab sich z. B. beim Studium der Krankengeschichten der Nervenlinik, daß von 1624 Patienten, die in den Diagnosebüchern unter 'Psychopathie' aufgeführt waren, 473 Patienten (= 29 %) vor ihrer Einlieferung einen Suicidversuch unternommen hatten. Diese Fälle wurden daher unter 'Suicidversuche' gezählt. Bei anderen mehrdeutigen Diagnosen, wie z. B. 'Psychopathie, reaktive Verstimmung', wurde so vorgegangen, daß anhand der Krankengeschichte geprüft wurde, ob das auslösende Ereignis primär die Ursache für eine abnorme (psychopathische) Reaktion in Form der Verstimmung war, oder ob der Patient infolge seiner psychischen Veranlagung zu reaktiven Verstimmungen neigte und das auslösende Ereignis nur von sekundärer Bedeutung war. Im letzteren Falle wurde die Diagnose

'Psychopathie' beibehalten und der Patient als 'abnorme Persönlichkeit' in die Gruppe 'Sonstige psychoreaktive Störungen' eingereiht.

III. GESAMTAUFNAHMEN WÄHREND DES KRIEGES

Tabelle 2 zeigt die Gesamtaufnahmen neurologischer und psychiatrischer Fälle während der Kriegszeit in München.



Gesamtaufnahmen der Nervenklinik der Universität und der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses, München-Schwabing.

— Männer - - - - - Frauen

Tabelle 2

Die Kurven verlaufen im großen und ganzen entsprechend der Bevölkerungszahl, die 1939 ihr Maximum hatte und kurz vor Kriegsende mit 58 % der Einwohnerzahl von 1939 ihren tiefsten Stand erreichte. Der steile Abfall zwischen den Jahren 1943 und 1944 ist durch die in diesen Jahren einsetzenden schweren Luftangriffe bedingt, die Evakuierung und freiwilliges Verlassen der Stadt durch einen großen Teil der Bevölkerung zur Folge hatten. Das gleichmäßige Absinken der Männeraufnahmen kann ebenfalls durch die Dezimierung der männlichen Bevölkerung erklärt werden, die im Laufe der Kriegsjahre in immer weiterem Umfange zum Militärdienst eingezogen wurde. Das Maximum der weiblichen Aufnahmekurve im Jahre 1943 ist durch neurologische bzw. endogen-psychotische Fälle bedingt.

IV. ABNORME REAKTIONEN OHNE RÜCKSICHT AUF ZUSAMMENHANG MIT KRIEGSGESCHEHEN

Wir betrachten zunächst alle psychoreaktiven Störungen während der Kriegszeit. Im folgenden Abschnitt prüfen wir die Zusammenhänge abnormer Reaktionen mit Kriegsereignissen.

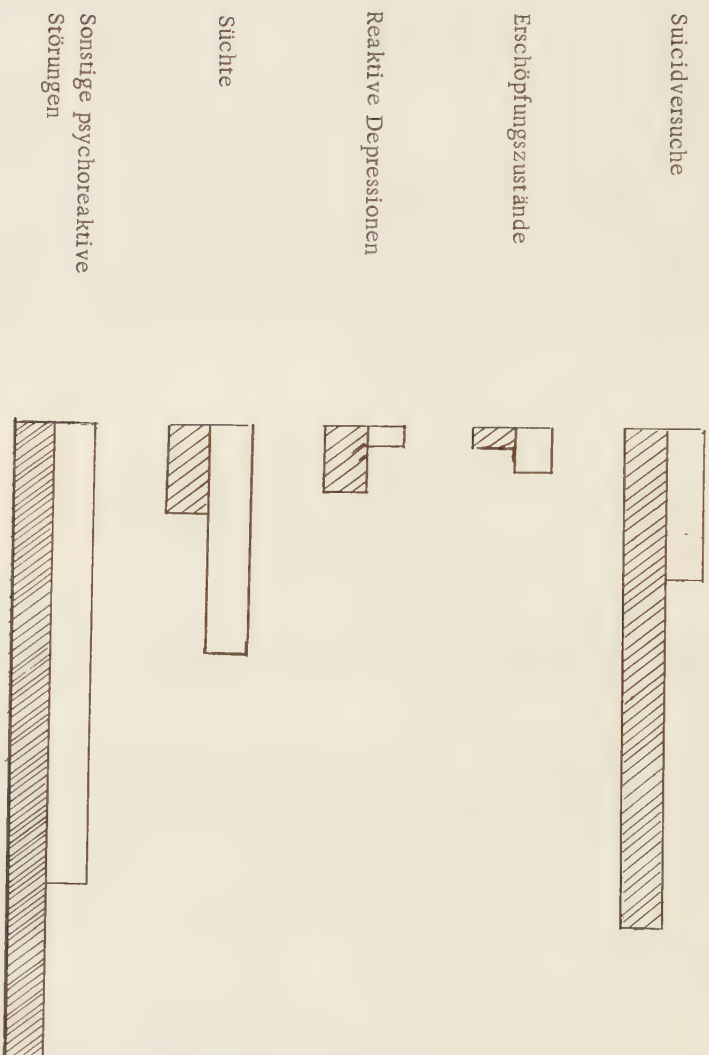
Von den diagnostisch einwandfrei geklärten 20952 Gesamtaufnahmen beider Häuser während des Krieges zählten 3542 Patienten = 16,8 % zu den auf Seite 7 beschriebenen Gruppen (Suicidversuche, Erschöpfungszustände, reaktive Depressionen, Süchte, sonstige psychoreaktive Störungen). Hier- von waren die Frauen mit 58,6 % und die Männer mit 41,4 % beteiligt.

Diese 3542 Patienten verteilen sich auf die einzelnen Diagnosegruppen folgendermaßen:

Suicidversuche	28,5 %
Erschöpfungszustände	2,6 %
Reaktive Depressionen	3,7 %
Süchte	14,3 %
Sonstige psychoreaktive Störungen	50,9 %

Die Verhältnisanteile der beiden Geschlechter zeigt die nachfolgende Gegenüberstellung.

Tabelle 3



In Tabelle 4, Seite 12, sind die abnormen Reaktionen nach den Aufnahmejahren und den Reaktionsformen geordnet. Wie bei auch hier noch einmal daran erinnert, daß die Zahlen der Jahre 1943 und 1945 jeweils nur einen Teilbetrag der betreffenden Jahrgänge darstellen, nämlich jeweils nur die vier Kriegsmomente. Zieht man dieses in Rechnung, so ergibt sich, daß bei fast allen Reaktionsformen das Aufnahmemaximum bei Kriegsanfang 1939/40 liegt und die Aufnahmen gegen Kriegsende zu ständig abnehmen. Aus Tabelle 1, Seite 6 geht hervor, daß die Aufnahmen abnormer Reaktionen bezogen auf die Gesamtaufnahmen von Kriegsanfang zum Kriegsende hin auf die Hälfte zurückgegangen sind. Abweichungen hiervon, wie sie sich in Tabelle 4 beispielsweise bei den reaktiven Depressionen und Erschöpfungszuständen der Frauen im Jahre 1943 ergeben, konnten zum Teil durch die beginnenden Fliegerangriffe und andere Kriegereignisse bedingt sein, da (wie später beschrieben) die Aufnahmen kriegsbedingter Reaktionen gegen Kriegsende hin ansteigen. Zum anderen Teil können sie aber auch rein zufällig sein, da einmal das Zahlenmaterial zu gering ist, um hieraus statistische Gesetzmäßigkeiten ableiten zu können, zum anderen auch die gesetzmäßigen Verschiedenheiten gegen eine allgemeine Zunahme sprechen. Die gegen Kriegsende ansteigenden kriegsbedingten Reaktionen stellen hauptsächlich Soldaterversuche und psychogene Anfälle (welche unter 'sonstige psychoreaktive Störungen' gezählt wurden) dar, gehen also in den zahlenmäßig größeren Gruppen auf.

So ist z.B. im Jahre 1943 kein Fall eines Erschöpfungszustandes bei den Frauen aufgenommen worden, den man mit Sicherheit auf Kriegereignisse hätte zurückführen können. Trotzdem war die Aufnahmehäufigkeit unter dieser Diagnose gerade in diesem Jahr mit Abstand die größte im Vergleich zu den anderen Kriegsjahren.

Männer (1939) 1940 1941 1942 1943 1944 (1945) insgesamt

Suicidversuche	21	62	65	41	29	13	6	237
Erschöpfungszustände	6	12	12	17	6	2	3	58
Reaktive Depressionen	4	10	4	5	9	7	1	40
Stiche	35	129	112	45	47	9	5	382
Sonstige psychoreaktive Störungen	80	175	166	139	118	61	16	755
insgesamt	146	388	359	247	209	92	31	

Frauen

Suicidversuche	59	142	164	154	155	94	14	782
Erschöpfungszustände	2	5	4	3	14	4	3	35
Reaktive Depressionen	8	21	15	12	21	13	-	90
Stiche	9	31	40	14	18	10	2	124
Sonstige psychoreaktive Störungen	68	241	223	187	158	140	22	1039
insgesamt	146	440	446	370	366	261	41	

Aufnahmen abnormer Reaktionen während des Krieges nach Diagnosen und Aufnahmejahr geordnet.

Im einzelnen ist zu dieser Zusammenstellung noch folgendes zu sagen: Bei den Suicidversuchen war es oft nicht möglich, nach den Krankengeschichten ernsthafte von demonstrativen bzw. nicht ernst gemeinten Suicidversuchen zu trennen. Sie wurden daher gemeinsam gezählt und gewertet. Die Gründe, die zum Suicidversuch führten, waren hauptsächlich Eheschwierigkeiten, Liebeskummer, berufliche Konflikte, Streitigkeiten mit den Eltern und anderen Familienangehörigen (Familienkonflikte) und Schwierigkeiten allgemeiner Art (Bilanzselbstmord). Die nachfolgende Übersicht zeigt die prozentualen Anteile dieser Ursachen im Vergleich mit den beiden Geschlechtern.

	Männer	Frauen
Familienkonflikte	6,9 %	10,1 %
Liebeskummer	12,4 %	22,4 %
Eheschwierigkeiten	18,8 %	23,1 %
Berufliche Schwierigkeiten	11,0 %	7,3 %
Sonstige Gründe	50,9 %	37,1 %

Unter die 'sonstigen Gründe' fallen Kriegsreaktionen (s. später) wie Fliegerschäden, Kriegstod nächster Angehöriger, Heimweh Verschleppter und Evakuierter, ferner Krankheit, Angst vor Strafe bei kriminellen Vergehen, finanzielle Sorgen, Ärger mit Behörden, Streit mit Hausgenossen, Suicidversuche im Alkoholrausch und von Cerebralsklerotikern, unbekannte Ursachen.

Die meisten demonstrativen oder nur 'halb ernstgemeinten' Suicidversuche wurden bei beiden Geschlechtern aus Liebeskummer und Eheschwierigkeiten unternommen. Sehr viele dieser Art aber auch nach Meinungsverschiedenheiten mit den Eltern und anderen Familienangehörigen, wobei die Ausübenden zum größten Teil der Altersgruppe 10-19 Jahre angehörten. Während bei den Frauen der Anteil der Suicidversuche mehr als dreimal so groß wie bei den Männern war (s. Tabelle 3 Seite 10), überwog bei den erfolgreichen Suiciden die Zahl der Männer.

Prozentual auf eine feste Einwohnerzahl bezogen steigen die Suicide nach anfänglichem Rückgang in den letzten Kriegsjahren wieder an. Diese Tatsache, die mit anderen Suicidstatistiken übereinstimmt, ist aber nur mit Vorbehalt mit Kriegsereignissen in Zusammenhang zu bringen, da der Anstieg auch in den folgenden Nachkriegsjahren weiterhin anhält.

Die Ursachen, die zu den reaktiven Depressionen führten, waren im

großen und ganzen gesehen die gleichen wie bei den Suicidversuchen.

Zu den Erschöpfungszuständen wurden die Diagnosen 'konstitutionelle Nervosität' und 'nervöse Erschöpfung' gezählt. Zwei Drittel der zu dieser Gruppe gehörenden Patienten wurden unter der Diagnose 'konstitutionelle Nervosität', ein Drittel (36,6 %) unter 'nervöser Erschöpfung' aufgenommen.

Während bei den konstitutionell Nervösen eine psychopathische bzw. asthenische Disposition wohl angenommen werden darf, wurden von den Patienten mit nervöser Erschöpfung die verschiedensten exogenen Momente angegeben, die zur Erschöpfung geführt haben sollten. An erster Stelle stehen hier Überarbeitung und organische Krankheiten, dann folgen Fliegerangriffe und berufliche Schwierigkeiten. Es hat allerdings den Anschein, daß bei diesen Fällen eher eine körperliche Überforderung vorgelegen hat, beispielsweise durch Mehrarbeit in Rüstungsbetrieben oder länger dauernde zehrende Krankheiten, und daß somit eine 'körperliche' Erschöpfung wahrscheinlicher ist als eine 'nervöse'. Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde während des Krieges ja auch weitgehend beeinträchtigt durch die chronische Unterernährung, die unzureichenden und oft minderwertigen Nahrungsmittel und 'Ersatz'-stoffe, sowie durch den besonders gegen Kriegsende hin auch chronisch werdenden Schlafentzug. Es ist eigenartig, daß in den Krankengeschichten nur selten dieser letzte Punkt erwähnt wird, obwohl nach den Erfahrungen gerade der Schlafentzug maßgeblichst am Zustandekommen von Erschöpfungszuständen beteiligt ist. So wird auch in München, wo während des Krieges 695 mal und vorwiegend nachts die Luftschutzsirenen ertönten, der Mangel an Schlaf und Nachtruhe neben der körperlichen Überforderung und Unterernährung eine sehr maßgebende Rolle bei der Entstehung von Erschöpfungszuständen gespielt haben. Hierfür spricht auch, daß bei 8 von 34 Fällen 'nervöse Erschöpfung' nach Fliegerangriffen auftrat, wobei aber nur drei der Patienten selber Fliegerschaden erlitten hatten, während bei den anderen fünf Fällen neben der Angst und Aufregung sicherlich die mangelnde oder gänzlich fehlende Erholung durch Schlaf und Nachtruhe den Zustand mit herbeigeführt hatte.

Die Gesamtaufnahmen der Süchte während des Krieges gliedern sich wie folgt:

	Männer	Frauen
Alkoholrausch	69,9 %	44,7 %
Chronischer Alkoholismus	19,6 %	15,4 %
Medikamentensucht	11,0 %	39,8 %

Auffallend aber verständlich ist hier, daß die Aufnahmen arzneimittel-süchtiger Frauen die der Männer weit übersteigen, da in unserer Gesell-schaftsordnung der Alkoholgenuß im allgemeinen den Männern vorbehalten ist und dadurch bei der prozentualen Aufteilung die Zahl der arzneimittel-süchtigen Männer im Verhältnis zurückgedrängt wird. Die dagegen wieder ziemlich hoch erscheinende Aufnahmezahl der Frauen mit Alkoholrausch läßt sich dadurch erklären, daß es bei den Frauen, die den Alkohol nicht gewöhnt sind, leichter und eher bei Genuß desselben zum Rausch kommt.

Der starke Rückgang der Zahl der Süchtigen im Laufe der Kriegsjahre ist durch die immer größer werdende Schwierigkeit, sich das Suchtmittel zu beschaffen, bedingt. Ein Vergleich mit den Aufnahmen Süchtiger an der Nervenklinik der Universität München in den Nachkriegsjahren, welche DOBROSCHKE ¹²⁾ untersuchte, bekräftigt diese Annahme. Während des Krieges war das Verhältnis der Alkoholiker zu den Medikamentensüchtigen 3:1, in den Nachkriegsjahren von 1945 bis 1953 7:5. Die Männer waren in den Kriegsjahren dreimal stärker vertreten als die Frauen, in den Nachkriegs-jahren betrug ihr Anteil das vierfache dessen der Frauen. In dem folgenden Vergleich der Suchtaufnahmen zwischen Kriegs- und Friedensverhältnissen stellen die Zahlen den Prozentsatz der Süchtigen an den Gesamtaufnahmen dar.

1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	
3,3%	3,8%	3,7%	1,5%	1,5%	0,65%	0,75%	
1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
0,93%	2,3%	3,3%	2,1%	1,6%	2,0%	1,8%	2,2%

Der Tiefpunkt der Suchtaufnahmen war 1944 erreicht, in den folgenden Nachkriegsjahren, in der Zeit des Schwarzhandels und der 'privaten Brannt-weindestillation' stiegen die Suchtaufnahmen wieder an und erreichten 1948 im Jahre der Währungsreform, als alles wieder im freien Handel zu bekom-men war ihren Höhepunkt.

Bei den Suchtaufnahmen während des Krieges wurde kein Fall festge-stellt, bei dem Alkoholismus oder Sucht mittelbar durch kriegsbedingte Er-eignisse entstanden waren, wie z.B. Schlafmittelsucht durch Überarbeitung oder Schlafentzug. Lediglich fanden sich einige Fälle von Sucht nach Ver-wundung im ersten Weltkrieg und gelegentliche einmalige Schlafmittelüber-

dosierung nach Schlafentzug oder Aufregung durch Fliegeralarme.

Unter die sonstigen psychoreaktiven Störungen wurden die Psychopathen und Neurotiker gezählt, ferner die Aufnahmen mit psychogenen Anfällen, Gangstörungen, Lähmungen und ähnlichen Ausdrucksformen abnormen Reagierens.

Altersmäßig wurden die Patienten nach ihren Diagnosen in je 6 Gruppen geteilt, von denen jede 10 Lebensjahre umfaßt. Angefangen von den 10-19jährigen über 20-29jährige u.s.f. bis zu 60 und älter. Die folgende Tabelle zeigt die Beteiligung der einzelnen Altersgruppen an den verschiedenen Krankheitsbildern und die prozentualen Anteile der Dezennien an den Gesamtaufnahmen abnormer Reaktionen.

Männer

	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 und älter
Suicidversuche	46	34	58	35	28	13
Erschöpfungszustände	2	11	16	14	14	1
Reaktive Depressionen	3	5	11	10	10	2
Stüchte	18	55	105	98	55	50
Sonstige psychoreaktive Störungen	113	137	192	192	93	28
insgesamt	182 = 12,6 %	242 = 16,7 %	382 = 26,4 %	349 = 24,1 %	200 = 13,8 %	94 = 6,4 %

Frauen

	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 und älter
Suicidversuche	158	301	169	99	28	28
Erschöpfungszustände	-	10	15	8	2	-
Reaktive Depressionen	3	24	22	26	12	4
Stüchte	11	17	31	34	20	11
Sonstige psychoreaktive Störungen	185	286	262	176	86	39
insgesamt	357 = 17,2 %	638 = 30,8 %	499 = 24,2 %	343 = 16,6 %	148 = 7,2 %	82 = 4 %

Aufnahmen abnormer Reaktionen während des Krieges nach Diagnosen und Altersgruppen geordnet.

Tabelle 5

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß das Erkrankungsmaximum an psychoreaktiven Störungen bei den Männern im vierten Lebensjahrzehnt (30-39jährige) mit 26,4 % aller sechs Altersgruppen liegt. Ebenso waren auch in den einzelnen Diagnosegruppen die Aufnahmen 30-39jähriger Männer am häufigsten.

Bei den Frauen liegt die altersmäßige Verteilung etwas anders. Hier sind es die 20-29jährigen, die am häufigsten mit psychoreaktiven Störungen aufgenommen wurden (30,8 % aller Altersgruppen). Diesem Lebensjahrzehnt entsprechen die meisten Aufnahmen nach Suicidversuchen und mit sonstigen psychoreaktiven Störungen, während bei den Erschöpfungszuständen die 30-39jährigen und bei den reaktiven Depressionen und Süchten die 40-49jährigen am stärksten vertreten waren.

Bei beiden Geschlechtern steigen altersmäßig die Aufnahmen vom zweiten Lebensjahrzehnt bis zum Maximum an und gehen danach gleichmäßig wieder zurück. Eine Ausnahme dieser Regelmäßigkeit bilden lediglich die Suicidversuche der Männer, die im zweiten Lebensjahrzehnt (10-19 Jahre) zahlreicher sind als im dritten, dann im vierten Dezennium ihr Maximum haben, wonach sie dann wieder abnehmen. Man könnte den verhältnismäßig großen Anteil der 10-19jährigen Männer an den Suicidversuchen dadurch erklären, daß der junge Mann alters- und entwicklungsmäßig den Anforderungen und Umwälzungen, die das Leben gerade an ihn stellt, nicht immer gewachsen ist. In diesem Lebensabschnitt formt sich manchmal schon das endgültige Persönlichkeitsgefüge, so daß in dieser Zeit auch krankhafte Anlagen zum ersten Male sichtbar hervortreten können (KOLLE¹³). Weiterhin befindet er sich infolge der besonders jetzt rasch fortschreitenden körperlichen und seelischen Entwicklung mit dem Erwachen des Selbstbewußtseins oft in ständigem Gegensatz zu seiner Umgebung. Auch die äußeren Lebensbedingungen ändern sich weitgehend. Er verläßt in diesem Abschnitt das Elternhaus, an die Stelle der Schule tritt der Beruf oder die Lehre. Es kommt während des Krieges die Einberufung zum Arbeitsdienst oder Wehrtüchtigungslager, die ihn aus seinem vertrauten Freundes- und Pflichtenkreis herausreißt. Die einsetzende Geschlechtsreife stellt ihn vor neue Konflikte, er sieht sich also einer Unzahl von Problemen gegenüber, zu deren Lösung er sich manchmal außerstande fühlt, so daß ihm nur noch der Freitod als Ausweg zu bleiben scheint. -

Die hier gefundene altersmäßige Aufteilung der psychoreaktiven Störungen stimmt im wesentlichen mit den Ergebnissen der Arbeiten von HELMICH ¹⁴⁾, REISINGER ¹⁵⁾ und ULLMANN ¹⁶⁾ überein, die die Aufnahmen mit psychoreaktiven Störungen an der Nervenlinik der Universität München aus den Jahren 1953, 1954 und 1955 untersuchten. Auch hier waren die Aufnahmen von Männern im 4. Lebensjahrzehnt (30-39 Jahre) am häufigsten. Bei den Frauen lag das absolute Aufnahmemaximum mit psychoreaktiven Störungen im Gegensatz zu den Kriegsjahren um ein Lebensjahrzehnt zurück. Es waren hier die 30 bis 39jährigen, die am häufigsten aufgenommen wurden, während in den Kriegsjahren die 20-29jährigen am stärksten vertreten waren. Auch in den Jahren 1953-1955 stiegen altersmäßig die Aufnahmen vom zweiten Lebensjahrzehnt gleichmäßig bis zum Maximum im vierten Dezennium an und gingen mit zunehmendem Alter wieder zurück.

Dieser Vergleich zwischen Kriegs- und Friedensjahren zeigt besonders, daß im großen und ganzen gesehen das Kriegsgeschehen keinen Einfluß auf die altersmäßige Verteilung der Häufigkeit psychoreaktiver Störungen hatte.

V. KRIEGSBEDINGTE REAKTIONEN

Während bisher alle abnormen Reaktionen während der Kriegszeit behandelt wurden, werden in diesem Abschnitt diejenigen Reaktionen untersucht, welche durch Ereignisse und Situationen ausgelöst wurden, die direkt durch das Kriegsgeschehen hervorgebracht wurden oder in engem Zusammenhang damit standen, wie z.B. Luftangriffe, Kriegstod nächster Angehöriger, rassische und politische Verfolgungen.

Einschließlich der durch Luftangriffe verursachten psychoreaktiven Störungen wurden an kriegsbedingten Reaktionen insgesamt 201 Fälle gezählt, das sind 5,7 % aller abnormen Reaktionen während des Krieges. Hiervon entfallen auf:

Suicidversuche	69 Patienten = 35 %
Erschöpfungszustände	11 Patienten = 5 %
Reaktive Depressionen	26 Patienten = 13 %
Sonstige psychoreakt. Störungen	95 Patienten = 47 %

Hierin sind auch enthalten die Reaktionen rassisch und politisch Verfolgter sowie die von Ausländern (Kriegsgefangene, Verschleppte, Notdienstverpflichtete usw.). Auf diese Patienten sei im folgenden Abschnitt noch näher eingegangen. Zieht man die Aufnahmezahl dieser Personen von der obigen Zahl ab, da ihre Reaktionen vielleicht nur indirekt kriegsbedingt sind, so verbleiben an kriegsbedingten Reaktionen der Münchener Zivilbevölkerung während des ganzen Krieges nur 139 Fälle, das sind 3,9 % aller abnormen Reaktionen während der Kriegszeit.

Zu der obigen Zusammenstellung ist im einzelnen zu bemerken:

Bei den Suicidversuchen wurde als auslösende Ursache angegeben in 22 Fällen Kriegstod nächster Angehöriger (Gatte, Verlobter, Sohn), in 9 Fällen Fliegerschaden, in 14 Fällen handelte es sich um Reaktionen von Ausländern (s. später), 15 mal waren rassische und politische Verfolgungen die Ursache. In 9 Fällen kamen mehrere verschiedene Gründe zusammen.

Bei den Erschöpfungszuständen wurden 8 mal Luftangriffe als Ursache angegeben (s. auch übernächster Abschnitt).

Die reaktiven Depressionen traten auf, nachdem in 10 Fällen die nächsten Angehörigen gefallen und in 3 Fällen als vermißt gemeldet waren, 5 mal nach Fliegerschaden, während der Rest sich auf Ausländer, politisch Verfolgte und Personen verteilte, die vor Dienstverpflichtung oder Einberufung standen.

Bei den sonstigen reaktiven Störungen wurden 23 mal Fliegerangriffe als Ursache angegeben, 31 Patienten waren Ausländer, die auf ihre Deportation nach Deutschland mit psychogenen Mechanismen reagierten, in 6 Fällen waren wieder nächste Angehörige gefallen, und 11 mal dominierte der Wunsch, von der Einziehung zum Militär, Volkssturm oder Notdienstarbeiten befreit oder zurückgestellt zu werden.

Während die Aufnahmen abnormer Reaktionen allgemein im Laufe der Kriegsjahre bis auf die Hälfte zurückgegangen sind (s. Seite 5/6), steigen die durch Kriegsereignisse bedingten Reaktionen gegen Ende des Krieges hin an. Die Übersicht zeigt die Zahl der mit abnormen kriegsbedingten Reaktionen aufgenommenen Patienten und ihre Verteilung auf die Kriegsjahre.

	(1939)	1940	1941	1942	1943	1944	(1945)
Männer	3	14	17	13	23	14	9
Frauen	4	3	17	25	25	26	8
insgesamt	7	17	34	38	48	40	17

VI. REAKTIONEN KRIEGSGEFANGENER UND POLITISCH

VERFOLGTER

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten tauchten immer wieder Angehörige zweier besonderer Gruppen der Zivilbevölkerung auf, auf die hier noch einmal näher eingegangen werden soll. Es sind dies die Ausländer und die Juden. Ihre Anteile an den kriegsbedingten Reaktionen sind relativ hoch.

Die Ausländer sind mit	48 Fällen	=	23,8 %
die Juden mit	14 Fällen	=	6,9 %

vertreten.

Bei den 48 Ausländern, deren Reaktionen als kriegsbedingt gewertet wurden, handelt es sich um kriegsgefangene, verschleppte oder notdienstverpflichtete Personen, in der Mehrzahl zwischen 20 und 30 Jahren alt, die gezwungenermaßen in Deutschland Hilfsarbeiten verrichten mußten. Ihre Reaktionen waren in 36 Fällen ausgesprochene "Heimwehreaktionen", die sich

- 11 mal in Suicidversuchen,
- 14 mal in groben, demonstrativen Mechanismen wie psychogenen Anfällen,
- 3 mal in psychogenen Lähmungen und
- 2 mal in reaktiven Verstimmungen manifestierten, während
- 6 als 'abnorme Reaktion' diagnostiziert nicht näher beschrieben waren.

Bei den restlichen 12 Ausländern (3 Suicidversuche, 5 psychogene Anfälle, 1 psychogene Lähmung, 1 reaktive Depression, 2 psychogene Reaktionen) waren die auslösenden Ursachen, mit Ausnahme zweier Fälle, die Protestaktionen gegen schlechte Unterbringung und Verpflegung darstellten, nicht immer einwandfrei zu klären, da es an geeigneten Dolmetschern fehlte. Doch liegt auch hier die Annahme nahe, daß das Heimweh bei der Entstehung eine maßgebende Rolle spielte. Als Beispiel möge ein Fall dienen, wie er mit geringen Variationen immer wieder auftauchte.

Patient J. 30 Jahre	Diagnose: psychogene Reaktion
"Patient ist Rumäne, soll draußen gut gearbeitet haben, soll aber unter ungeheurem Heimweh leiden. In der letzten Zeit ist er stark abgemagert. Pat. klagte zuletzt über Schmerzen in der Lebergegend. Sorgfältige interne Untersuchung gab kei-	

nen Anhaltspunkt für irgendein organisches Leiden. Die geklagten Beschwerden sind wohl im wesentlichen psychogen und durch das Heimweh des Patienten zu erklären. "

Von den 14 eingelieferten Juden hatten 6 Suicid verübt, 7 einen Suicidversuch unternommen, und einer war seines abnormen Verhaltens wegen als 'Psychopath' aufgenommen worden. In allen 14 Fällen waren rassische und politische Verfolgungen die Ursache ihrer Reaktionsweisen. Auch hier soll ein Beispiel an die Situation der Juden während des Krieges erinnern.

Patientin L. 45 Jahre

Diagnose: reaktive Depression,
Suicidversuch

" Patientin ist Nichtarierin. Vater war Arzt und Sanitätsrat. Mutter hat sich 1936 wegen der politischen Verfolgungen das Leben genommen.

Patientin arbeitet zwangsweise mit anderen Nichtariern in einer Buchbinderei seit März 1941. Verdient in der Woche 17,60 RM. War mit einem Arier verlobt. Nach den Nürnberger Gesetzen mußte die Verlobung gelöst werden. Sie wohnt seit drei Jahren mit anderen Nichtariern zusammen in einer Pension. Vor drei Tagen erhielten sie, sowie die anderen Bewohner ein Schreiben, daß sie ausziehen müßten, denn fortan dürften in der Kaulbachstraße keine Nichtarier mehr wohnen. Dieses Schreiben setzte sie praktisch auf die Straße, da angeblich keine Aussicht besteht, eine andere Unterkunft zu finden. Diese aussichtslose Zukunft, dann noch die Einführung des gelben Judensternes waren der Anlaß zu dem jetzigen Suicidversuch. Seit Einführung des Sterns hat sie sich nicht mehr auf die Straße gewagt, sondern blieb zu Haus in ihrem Zimmer.

Es war ihnen z. B. verboten worden, den Hofgarten zu betreten und in arischen Geschäften einzukaufen. Nach Einbruch der Dunkelheit durften sie die Straße nicht mehr betreten. Seit Einführung des Sterns konnte die Patientin nicht mehr in das Lokal gehen, in welchem sie sonst während der Mittagspause ihr Essen eingenommen hatte. "

Betrachtet man die Zahl der kriegsbedingten Reaktionen, so ist ihr Anteil an den Kriegsaufnahmen außerordentlich gering, nämlich nur 5,7 % aller abnormen Reaktionen und 0,96 % aller Klinikaufnahmen der Kriegsjahre. Die Feststellung JASPERS¹⁷⁾, daß 'der Mensch in einem außerordentlichen Umfang das Äußerste zu ertragen fähig ist', hat sich auch hier wieder bewahrheitet. Schwere psychische Belastungen wie die Kriegseignisse und besonders die Luftangriffe, die eine psychogene Reaktion durchaus gerechtfertigt erscheinen ließen, blieben bei der Zivilbevölkerung im allgemeinen ohne Auswirkungen. KRANZ spricht von einer Kompensationsgrenze, die erst überschritten werden muß, ehe es zur Auslösung psychogener Reaktionen kommt. Dieser Schwellenwert scheint sich nach den Erfahrungen aus dem ersten Weltkrieg jetzt im letzten Krieg nach oben verlagert zu haben. Um ihn zu erreichen und zu überschreiten scheint es ganz besonders schwerer Gemütserschütterungen oder Summationen von seelischen Belastungen bzw. einer Dauerermüdbung zu bedürfen. Für das Letztere sprechen die Aufnahmen der Ausländer und Juden. So verschwindend gering ihr prozentualer Anteil an der Münchener Bevölkerung gewesen sein mag, so sind sie doch mit relativ sehr hohen Zahlen unter den abnormen Reaktionen vertreten. Damit stellen sie ein Musterbeispiel dafür dar, wie unter ungünstigen Lebensverhältnissen und seelischer Dauerbelastung die Zahl der abnormen Reaktionen ansteigen kann. Bei beiden Gruppen waren die äußeren Verhältnisse ähnlich. Bei den Ausländern die Trennung von ihrer Familie und ihren Angehörigen - ein Franzose wurde am Tage seiner Hochzeit dienstverpflichtet und sofort von seiner hochgraviden Frau getrennt und nach Deutschland deportiert -, die Trennung von der Heimat und der Transport in ein fremdes und feindliches Land, die schlechte Unterbringung in Sammellagern mit militärischer oder polizeilicher Bewachung, die unzureichende und schlechte Verpflegung, dazu die schwere Arbeit und die Verachtung und Diffamierung durch die deutsche Bevölkerung.

Bei den Juden die unzähligen Verbote und Schikanen, der künstlich gezüchtete Haß ihrer 'arischen' Mitmenschen auf sie, die Anfeindungen, die Verfolgungen und Bedrohungen, die Aussichtslosigkeit ihrer Lage und die ständige Angst vor dem 'Abgeholtwerden', dazu noch die unmenschliche Verfügung, sich durch das Tragen des gelben Judensternes jedermann weithin als 'Volksfeind und minderwertiges Subjekt' kenntlich zu machen. Das Kollektiv, die Menge ihrer Mitmenschen, unter denen sie seit langem lebten, hatte sie ausgestoßen und in eine Sonderstellung gedrängt, die eine Entfaltung der Persönlichkeit von vornherein verhinderte, eine Behauptung in der menschlichen Gemeinschaft unmöglich machte und oft sogar nicht einmal eine einigermaßen menschenwürdige Lebensführung zuließ. Besonders

tragisch ist, daß diese Ausstoßung, Isolierung und unwürdige Behandlung der Juden in den allermeisten Fällen nicht auf Grund irgendwelcher Vergehen oder Verstöße gegen die Gesetze des Kollektivs erfolgte, sondern ausschließlich ihrer rassischen Herkunft wegen (KOLLE¹⁸).

Es ist wohl ohne weiteres verständlich, daß solche Dauerermüdbung - auch bei psychisch gefestigten Personen - mit der Zeit nicht ohne Folgen bleiben kann. Zwar war auch die sonstige Zivilbevölkerung teilweise einer psychischen Dauerbelastung ausgesetzt, besonders durch die Fliegerangriffe, doch läßt sich ein Schicksal leichter ertragen, wenn es als Kollektivschicksal gleichermaßen eine große Menge betrifft, als wenn es nur gegen einen kleinen Personenkreis oder einzelne Individuen gerichtet ist. SCHULTE¹⁹) schreibt, daß die Psyche sehr schnell eine Art Pufferungsfähigkeit gegen affektive Überlastungen gewinnt, so daß die Grenze, von der an seelische Einwirkungen innerlich verarbeitet werden, gar nicht mehr erreicht wird, und daß diese Pufferung vor allem dann noch unterstützt wird, wenn die seelischen Einwirkungen nicht isoliert, sondern in Gemeinschaft erlebt werden. Nun darf man aber nicht vergessen, daß die Strapazen der Luftangriffe für die Ausländer und Juden noch zusätzlich zu ihrer ohnehin schon äußerst ungünstigen Lage hinzukamen, wobei noch erschwerend wirkt, daß ihnen auch die Benutzung der öffentlichen Luftschutzbunker verboten war!

Während die Ausländer und politisch Verfolgten Beispiele für die Summation von seelischen Belastungen und Dauerermüdbung waren, sollen hier noch zwei weitere Fälle zeigen, wie durch besonders schwere psychische Traumata ebenfalls der 'Schwellenwert' überschritten werden und es zur Auslösung abnormer Reaktionen kommen kann. Der erste Fall wurde nicht während des Krieges in einer Münchener Klinik aufgenommen, erscheint daher auch nicht in der Statistik, soll aber des Beispiels wegen hier angeführt werden.

Frau R. Zur Zeit des Ereignisses 37 Jahre alt.

1945 bei einem Bombenangriff in der Nähe von Landshut verschüttet worden. Ihre beiden Kinder von 1 und 3 Jahren, die sie während des Angriffs auf ihrem Schoß hielt, sind dabei getötet worden. Insgesamt sind in ihrer allernächsten Nähe 11 Menschen ums Leben gekommen. Nach dem Angriff ist die Patientin 6 Wochen lang ganz steif gewesen, hat zuhause gelegen, hat den Kopf nicht drehen können und später nur ganz langsam und mit ganz kleinen Schritten gehen können. Erst allmählich sei es dann wieder besser geworden.

Es handelt sich hierbei wohl um einen 'Totstellreflex' im Sinne KRETSCHEMERS²⁰⁾ als instinktive Selbstschutzreaktion primitiver Art.

Bei dem anderen Fall kommt zu der Schwere auch noch eine gewisse Häufung der Erlebnisse hinzu.

Patient R. 22 Jahre

Eltern in Polen geboren. Am 2. September 1939 wurde Pat. von polnischen Gendarmen zusammen mit seinen Brüdern und anderen Volksdeutschen verschleppt. Sie wurden mißhandelt, mit Gewehrkolben geschlagen. Eine halbe Stunde wurden allen die Fußsohlen mit Gummiknüppeln geschlagen. Vom 4. bis 5. September mußte Pat. 24 Stunden in kaltem Wasser liegen. Jeder, der aufstehen wollte, wurde erschossen. Als ein unbekannter Nachbar des Pat. auf diese Weise erschossen wurde, fiel Pat. vor Schreck in Ohnmacht. Dann zwang man ihn, Benzin zu trinken. Als man den 14jährigen Bruder des Pat. mit dem Seitengewehr verletzte, fiel Pat. zum zweitenmal in Ohnmacht. Später wurde er zur Füsilierung geführt, wobei er wieder in Ohnmacht fiel. Als er aufwachte, befand er sich in den Händen polnischer Soldaten, die ihn und die anderen Volksdeutschen aus Mitleid laufen ließen. Pat. kam am 9. Sept. wieder in seinem Heimatdorf an. Seit diesem Tage ist Pat. heiser. Konnte zunächst fast gar nicht sprechen. Pat. führt die Heiserkeit auf das kalte Bad von 24 Stunden zurück. (Befund der HNO-Klinik der Universität München: einwandfrei psychogene Aphonie.) 10 Wochen Krankenhausaufenthalt, anfangs täglich psychogene Anfälle, die mit der Zeit seltener wurden, nur noch bei Schreck-erlebnissen auftraten und dann ganz ausblieben. Am 15. Juni wurde Pat. zur SS einberufen. Am 16. Juni krank gemeldet. Als die Vorgesetzten mit den Rekruten herumschrien, fing Pat. an zu zittern, konnte keinen Handgriff mehr richtig ausführen. Auch nahm die Heiserkeit wieder zu. Ebenfalls wieder psychogene Anfälle.

VII. REAKTIONEN NACH LUFTANGRIFFEN

Während rassische und politische Verfolgungen, Verschleppungen und Dienstverpflichtungen nur bestimmte Personenkreise betraf und ebenso der Tod nächster Angehöriger im Felde nur die Familien, deren Männer an den Fronten standen, stellten die Luftangriffe die gleiche Belastung für alle Teile der Bevölkerung Münchens dar, gleich welchen Alters oder Geschlechts. Es ist daher um so erstaunlicher, daß in einer Stadt, die 71 Angriffe erlebte, bei denen insgesamt 6373 Personen getötet wurden, 81500 Wohnungen total zerstört (das waren 31,3 % aller Wohnungen überhaupt) und 300000 Menschen obdachlos wurden ²¹⁾, von 20952 diagnostisch geklärten Klinikaufnahmen nur 53 Patienten = 0,25 % (= 1,5 % aller abnormen Reaktionen während des Krieges) mit solchen Reaktionen aufgenommen wurden, die durch Fliegerangriffe ganz oder hauptsächlich mitbestimmend hervorgerufen wurden. Zur Erklärung dieser überaus geringen Zahl können mehrere Gründe angegeben werden. BERINGER, der von nur zwei Klinikaufnahmen mit abnormen Erlebnisreaktionen nach einem schweren Angriff auf die Stadt Freiburg mit damals 101000 Einwohnern berichtet, argumentiert, daß die Ängstlichen, die den seelischen Belastungen besonders wenig gewachsen waren, schon vor dem Angriff die Stadt verlassen hätten. Weiterhin seien zahlreiche Menschen gleich nach dem Angriff, oft noch in derselben Nacht aus der Stadt geflüchtet, obwohl ihre Wohnung nicht, oder nur unbedeutend beschädigt war. In den ersten Wochen nach dem Angriff sank auch tatsächlich die Einwohnerzahl Freiburgs auf 50000 Einwohner.

In München mögen die Verhältnisse ähnlich gelegen haben. Genaueres statistisches Material ist leider nicht mehr zu bekommen, da die Unterlagen durch Kriegseinwirkung zerstört worden sind. Feststeht jedoch, daß die Einwohnerzahl Münchens von 824000 im Jahre 1939 auf 630000 im Jahre 1944 sank, kurz vor Kriegsende mit 479000 Einwohnern (das sind 58 % der Einwohnerzahl von 1939) den tiefsten Stand erreichte und 1945 nach Kriegsende wieder auf 568000 Einwohner anstieg. Die Kurve der Klinikaufnahmen verläuft entsprechend (s. Tabelle 2 Seite 8). Der merkbliche Abfall der Aufnahmen im Jahre 1944 ist zweifellos durch die verminderte Einwohnerzahl und diese wieder durch die immer schwerer und häufiger werdenden Angriffe zu erklären. Während in den ersten Kriegsjahren nur kleinere Fliegerangriffe stattfanden, brachte das Jahr 1943 drei mittlere, 1944 dagegen sieben und 1945 zwei schwere und schwerste Angriffe. Im gleichen Verhält-

nis hierzu stehen die Aufnahmen abnormer Reaktionen nach Fliegerangriffen, deren Zahl ebenfalls gegen Kriegsende ansteigt.

Es waren im einzelnen:

	(1939)	1940	1941	1942	1943	1944	(1945)
Männer	-	-	1	2	6	8	6
Frauen	-	-	2	4	9	11	4

Wenn es erlaubt ist, aus dem verhältnismaßig geringen Zahlenmaterial dieser speziellen Fälle Schlüsse zu ziehen, so spricht die Tatsache der Zunahme durch Luftangriffe bedingter Reaktionen zum Kriegsende hin gegen eine 'Gewöhnung' (BERINGER) und mehr für eine zunehmende 'Sensibilisierung' (PANSE). Hinzu kommt, daß auch die äußeren Umstände laufend schlechter wurden, die Wohnungsnot durch Bombenschäden, die Verpflegung, die ungünstigen Nachrichten von den Fronten, die durch Alarme gestörten Nächte (es wurden in München 455 mal öffentliche Luftwarnung und 240 mal Alarm gegeben), so daß alle diese Faktoren bei entsprechend psychisch disponierten Persönlichkeiten die Auslösung reaktiver Mechanismen begünstigen konnten. WETZEL ²²⁾, der diese Disposition als 'Reaktionsbereitschaft' bezeichnete, unterschied als Grundlage hierfür viererlei; die von Haus aus bestehende Konstitution, die irgendwie im Laufe der vorangegangenen Zeit erworbene Labilität, die etwaige Dauerermüdbung in der augenblicklichen Situation (hier Häufung der Alarme und Angriffe) und endlich die durch das akute Ereignis (Bombeneinschlag) geschaffene Situation, wobei natürlich nicht eins das andere ausschließen muß, sondern allerlei Kombinationen möglich sind.

GAUPP ²³⁾ stellte fest, daß - da nur ein geringer Prozentsatz psycho-reaktiv erkrankt, während die gleichen Schädlichkeiten auf Tausende und Hunderttausende wirken - "der äußere Tatbestand nur scheinbar für viele der gleiche ist, weil das Moment der Konstellation für den einzelnen immer noch hinzukommt."

PANSE schreibt, daß es die psychische und vegetative Grundkonstitution ist, welche Art und Ausmaß der Angstreaktion in erster Linie prägt.

SCHMIDT ist dagegen der Ansicht, daß die Disposition der Persönlichkeit nur eine zweitrangige Rolle spielt, während die vorhergegangene Überforderung hauptsächlich für das Auftreten von 'Überlastungsreaktionen' ausschlaggebend ist.

Auch SCHULTE schreibt, daß die psychischen Einwirkungen erst dann gefährlich werden, wenn sie sich auf körperliche Schädigungen, Strapazen und Intoxikationen, Abmagerungen und Auszehrunen aufpfropfen.

Und schließlich fand JANZ ebenfalls, daß bei den Patienten mit psychosomatischen Auswirkungen von Angst- und Schreckerlebnissen nach Fliegerangriffen sekundäre Momente wie Arbeitsschwierigkeiten, Familienkonflikte und Dauerangst fixierend und ausgestaltend mitgewirkt haben.

So ergab auch die Prüfung der Münchener Fälle, daß bei 25 von 53 Patienten neben den Fliegerangriffen noch andere Komponenten das abnorme Reagieren mit beeinflussten, wie Kriegstod nächster Angehöriger, Totalverlust der Wohnung, drei Fälle von somatischen Traumen (psychogene Schüttelfröste nach Brandbombenverletzung, Commotio cerebri mit nachfolgendem psychogenen Stupor und Commotio cerebri mit anschließender psychogener Amaurose), sowie gewisse psychische abnorme Dispositionen, die sich früher schon gezeigt hatten, und die jetzt durch die Luftangriffe erneut in Form abnormer Reaktionen hervortraten oder verstärkt wurden. Die nachfolgende Übersicht zeigt, unter welchen Diagnosen die 53 Patienten aufgenommen wurden. Sinngemäß ist hinter jeder Diagnose "nach Fliegerangriff" zu ergänzen. Die Ziffern zeigen die Zahl der Patienten, die in Klammern dahinterstehenden Ziffern die Fälle, bei denen das Erleben des Angriffs nicht allein die ausschließliche Ursache ihres Reagierens darstellte, sondern noch andere Faktoren bzw. Erlebniskomplexe mitverantwortlich waren. Zu den Suicidversuchen ist noch zu bemerken, daß in 7 Fällen die Wohnungen der Patienten total durch Bomben zerstört oder zumindest schwer beschädigt worden war.

Suicidversuche	10	(4)
Psychogene Anfälle	8	(5)
Nervöse Erschöpfung	8	(1)
Reaktive Verstimmung	5	(2)
Psychopathie	4	(3)
Abnorme Reaktionen	3	(3)
Konstitutionelle Nervosität	2	(1)
Psychogene Gangstörung	2	(1)
Psychogener Tremor	2	(1)
Reaktive Depression	1	(1)
Emotionelle Schwäche	1	-
Psychogener Schwächezustand	1	(1)
Psychogene Schüttelfröste	1	(1)
Psychogener Lidkrampf	1	-
Psychogene Amaurose	1	(1)

Schockzustand	1	-
Psychogener Dämmerzustand	1	-
Schreckreaktion	1	-

Man kann die Aufnahmen abnormer Reaktionen nach Fliegerangriffen in drei Gruppen einteilen.

- 1.) Patienten, bei denen die Reaktion sofort nach dem Angriff oder während des Angriffes einsetzt, aber meist nicht von langer Dauer ist,
- 2.) Patienten, bei denen die Reaktion wohl durch den Angriff ausgelöst wurde, aber verzögert eintritt, erst Stunden oder Tage nach dem Ereignis,
- 3.) Patienten, die in ständiger Dauerangst und erwartungsvoller Angspanntheit sich befinden, und bei denen ein geringfügiger aber spezifischer Anlaß genügt, die Reaktion auszulösen, beispielsweise schon das Hören des Sirenenalarms.

Zu allen drei Gruppen sollen hier Beispiele Münchener Klinikaufnahmen angeführt werden.

Zu 1

Patientin B. 27 Jahre

Diagnose: psychogener Dämmerzustand
nach Fliegerangriff

Patientin hat 1940 schweren Luftangriff miterlebt. Die Nachbarhäuser seien von Bomben getroffen worden. Sie selbst sei mehrere Stunden wie bewußtlos im Keller gelegen, was von niemand bemerkt worden wäre. Erst am nächsten Morgen habe man sie gefunden. Sie habe dann einige Tage mit Fieber zu Bett gelegen, habe phantasiert ...

Patientin Z. 18 Jahre

Diagnose: psychogener Lidkrampf

Beim Angriff sei ein Fabrikgebäude in unmittelbarer Nähe der Wohnung einer Freundin, bei der sie wohnte, abgebrannt. Sie habe mit Löschen geholfen, habe dann plötzlich die Augen nicht mehr aufgebracht. Es sei ihr allerhand Schmutz und Staub in die Augen geflogen. Seitdem könne sie das Auge nicht mehr öffnen.

Patientin B. 34 Jahre

Diagnose: psychogener Hyperventilationsanfall, Schreckreaktion

Während des großen Fliegerangriffes auf München sei die Patientin mit ihrem Mann zu Hause im Luftschutzbunker gewesen. Nach dem Angriff habe alles in der Umgebung gebrannt. Sie habe darüber so Angst bekommen und sich aufgeregt, sei in den Keller zurückgegangen, habe geweint, im Sitzen habe es sie richtig 'geschockt', sie habe hastig geatmet und alles habe gebebt an ihr. Bewußtlos sei sie nicht gewesen, sie habe die Stimmen der Umgebung noch gehört, sei auch nicht umgefallen.
Dauer etwa 1/4 Stunde.

Dieser letzte Fall zeigt, daß die Reaktion zwar sofort nach dem Angriff einsetzte, aber nur von kurzer Dauer war. Hierin mag ein weiterer Grund für die geringe Zahl der Klinikaufnahmen mit psychosomatischer Ausgestaltung von Angst- und Schreckerlebnissen liegen. Vielleicht war die Zahl der Fälle in Wirklichkeit größer, doch klangen die Zustände so rasch wieder ab, daß es gar nicht erst zu einer Krankenhausaufnahme kam. HOCH ²⁴⁾ berichtet, daß nach Bombenabwürfen auf Freiburg es zu keiner durch die Angriffe bedingten Klinikaufnahme kam, wohl aber zu verbreiteten seelisch-nervösen Störungen leichter Art außerhalb der Klinik. MEISTER, der die Krankenhausaufnahmen nach den fünf schwersten Angriffen auf Nürnberg untersuchte und auch außerhalb der Klinik bei den Opfern und Augenzeugen jener Angriffe in den mit am schlimmsten betroffenen Altstadtvierteln Umfrage hielt, bekam Berichte von schreckbedingter motorischer Unruhe, Kopflosigkeit, Gefühls lähmung und emotionellem Stupor, wobei es sich aber ebenfalls nur um flüchtige, rasch wieder vorübergehende Zustände handelte. BERINGER hat ferner Berichte erhalten über Fälle von Schreckstuporen, bei denen die Betroffenen in seelischer Lähmung nach dem Angriff im Keller sitzen blieben, bis sie von den zusammenfallenden Trümmern verschüttet wurden.

Zur zweiten Gruppe, bei der die Reaktion erst gewisse Zeit nach dem Ereignis auftrat, gehören die meisten Aufnahmen, was verständlich ist, da sich bei den Betroffenen der ersten Gruppe eine Klinikeinweisung meist erübrigte durch das rasche Abklingen des Ausnahmezustandes.

Zu 2

Patientin A. 53 Jahre

Diagnose: emotionelle Schwäche

Pat. sonst niemals psychisch auffällig gewesen. Bei einem nächtlichen Angriff seien im Bunker alle Insassen durch die Einwirkung einer Luftmine bewußtlos gewesen. Pat. sei etwa nach 5 Minuten wieder zu sich gekommen; habe am anderen Morgen an den Aufräumarbeiten ihrer vollkommen zerstörten Wohnung mitgeholfen. Erst später, als sie von den Nachbarn sehr bemitleidet und beredet worden sei, habe sie die Nerven verloren. Sie habe gezittert und geweint. Darauf Einweisung in die Klinik.

Patientin H. 23 Jahre

Diagnose: psychogene Reaktion

Bei Fliegerangriff auf München erlitt die Mutter der Patientin einen Nervenzusammenbruch, d.h. sie zitterte am ganzen Körper. Nach dem Angriff hörte das Zittern bei der Mutter wieder auf. Pat. hat sich wegen des Nervenzusammenbruchs der Mutter sehr aufgeregt. Als die Pat. am übernächsten Tag in ihre Dienststelle kam, fand sie alles zerstört vor. Sie half bei den Aufräumarbeiten, hat auch ihre Schreibarbeiten verrichtet. Am folgenden Tag bekam sie dann in der Dienststelle plötzlich einen Nervenzusammenbruch und zitterte am ganzen Körper. Klinikeinweisung.

Patientin S. 43 Jahre

Diagnose: psychogener Schwächezustand

Während eines nächtlichen Angriffes mit sehr vielen Leuten im Luftschutzraum. Kann sich sonst nie in einem Raum aufhalten, wo kein Fenster geöffnet ist. Eine Bombe fiel in der Nähe, das ganze Haus schwankte. Die Kinder schrien. Ihr wurde so übel, daß sie in die Wohnung zurückgetragen werden mußte. Am nächsten Tag brachte sie ihre Wohnung in Ordnung. Erst nachmittags auf der Straße wurde ihr dann so übel, daß sie in die Klinik gebracht werden mußte.

Patientin H. 40 Jahre

Diagnose: psychogene Reaktion

Mußte nachts ihre Wohnung räumen wegen eines Blindgängers. Hat sich darüber sehr aufgeregt. Erst am folgenden Tage kamen

die Beschwerden, bei denen Pat. weinte und sehr aufgeregt war. Klinikeinweisung.

Patientin K. 28 Jahre

Diagnose: konstitutionelle Nervosität

Am 12.7. Bombeneinschlag im Luftschutzkeller. Sie habe noch den Feuerschein gesehen und gehört wie das Haus einstürzte. Mit dem rechten Fuß sei sie in Schutt und Ziegelsteinen verschüttet gewesen. Gegen den Nacken und Hinterkopf sei ihr ein Balken geschlagen. Kleine Schürfwunde am Hinterkopf. Das Bewußtsein habe sie nicht verloren, sondern sie habe sich sofort mit den anderen Insassen unterhalten. Bald darauf nach Hause gegangen. Kein Erbrechen, kein Brechreiz. Am 14.7. nach Hause gefahren. Seitdem vermehrt Beklemmungszustände über dem Herzen, bekommt manchmal keine Luft. Es seien wohl die seelischen Auswirkungen des Schreckerlebnisses.

Patient G. 50 Jahre

Diagnose: nervöse Erschöpfung

Ist durch Fliegerangriff in vorhergehender Nacht total fliegergeschädigt. Hat alles verloren. Hat bis zum Abend gearbeitet, war völlig erschöpft. Konnte nicht mehr sehen, infolge Reizung durch die Rauchgase. War so fertig, daß er nicht mehr weinen konnte. Es hat ihn immer nur gestoßen.

Beim ersten Fall dieser Gruppe (Patientin A.) bildete das Mitleid und das Bedauern der Nachbarn einen gewissen Nährboden für das Zustandekommen der psychogenen Reaktion. Inwieweit besonders bei den letzten Fällen für die Verzögerung der Reaktion eine gewisse Emotionslähmung verantwortlich ist, wie sie PANSE ebenfalls nach Fliegerangriffen beobachtet und beschrieben hat, läßt sich aus den Krankenblättern nachträglich nicht mehr feststellen. Bei einem Teil ist die Retardation oder auch das völlige Ausbleiben abnormer Reaktionen durch die Situation nach dem Angriff gegeben. Vergegenwärtigt man sich die Lage nach einem Luftangriff, so weiß man, daß die betroffenen Personen durch die plötzlich völlig veränderten Verhältnisse, die durch den Angriff geschaffen wurden, zu raschem Handeln gezwungen sind. Die Wohnung, der Ort der Geborgenheit ist zerstört oder steht in Flammen, oder zumindest sind Türen und Fenster beschädigt oder nicht mehr vorhanden, so daß Hab und

Gut schutales der Witterung und evtl. dem Diebstahl preisgegeben sind. Hier schnellstens Abhilfe zu schaffen, sich um Notquartier, Rettung und Sicherstellung von etwa noch vorhandenem Besitz zu kümmern, ist die vor- dringlichste Aufgabe. "Eine hysterische Genstörung, ein plantoses um- dämmertes Herummirren, eine funktionelle Taubheit, ein Stupor usw. richtet sich in solcher Lage gegen die eigenen Lebensinteressen!" (BERINGER). BONHOEFFER²⁵) betont ebenfalls nach Hervorhebung der Seltsamkeit psychoge- neter Fixierungen nach Schreckenlebnissen bei der Zivilbevölkerung im Bombenkrieg, daß eine Flucht in die Krankheit für die Bevölkerung keinen Sinn gehabt hätte. MEISTER fand sogar, daß die Aufnahmen mit abnormen Reaktionen in Nürnberg direkt nach den Angriffen abnahmen. In ruhigen Zeiten dagegen häufiger waren, was für die Ablenkbarkeit psychisch labiler Personen durch äußere Not spricht.

Bei der dritten, zahlenmäßig wieder geringeren Gruppe, bei denen die Reaktionen hauptsächlich eine Folge der Dauerangst und ständigen ange- spannten Erwartung waren, wurden die abnormen Reaktionen meist durch "ideogene Faktoren" (LIEPMANN²⁶) ausgelöst, bei denen nicht die Ge- meinschaftsunterwerfung selbst, sondern das Wissen um ihre möglichen Folgen aus- schlaggebend waren. Hierzu gehören die Patienten, die von Haus aus eine gewisse psychische Labilität besitzen und solche, die diese Labilität erst sekundär durch psycho-physische Überforderung (Schlafentzug, Dauerangst, Überarbeitung, chron. Unterernährung) erworben haben. Auch hierzu wie- der zwei Beispiele.

Zu 3

Patient G. 39 Jahre

Diagnose: Konstitutionelle Nervosität

Schon immer etwas nervös gewesen, auch abergläubisch. Pat. ist Schauspieler in Hamburg. Hat Hamburg verlassen, müssen wegen unbeschreiblicher Angst vor Fliegerangriffen. Wohnte einige Zeit in Lüneburg und fuhr zur Arbeit nach Hamburg. Beschäftigte sich Tag und Nacht mit Vorstellungen über drohende Angriffe. Dann Gastspiel in Dresden, großer beruflicher Erfolg. Aber auch dort fing er an, täglich Angst vor einem vielleicht zu erwartenden Angriff zu haben. "Dresden ist die nächste Stadt, die drankommt!"

Patientin D. 34 Jahre

Diagnose: Nervöse Erschöpfung

Seit einem Jahr sehr nervös. Dauernd große Angst vor Fliegern. Schlaf schlecht, kommt mit ihrer Arbeit zuhause und im Betrieb nicht mehr zurecht. Seit Oktober 1944 wochenweise abwechselnd Tag- und Nachtschicht. Im Dezember 1944 kam sie infolge des dauernden Tagetalarmes täglich nur 1-2 Stunden zum Schlafen. Lebte in dauernder Angst vor Alarmen und traute sich auch nicht aus dem Keller heraus, bevor nicht endgültig entwarnt worden war. Seit Weihnachten schläft sie im Bunker auf einer Bank mit Obdachlosen zusammen, während ihr Ehemann zuhause schläft. Vergangene Nacht schlief sie bei Bekannten, weil diese ein Radio haben, getraute sich aber doch nicht ins Bett zu gehen, aus Angst, den "Kuckuck" (Warnzeichen bei Fliegergefahr) zu überhören. Ihr ganzes Leben besteht nur noch aus Angst vor Fliegern, sie sorgt sich, was aus ihren Kindern werden soll, wenn sie beim Fliegerangriff umkommt. Sie muß immer wieder darüber nachdenken, wie schrecklich es ist, auf so grausame Weise umzukommen. Nimmt sich immer vor, ruhig zu sein, aber wenn sie den "Kuckuck" hört, ist es aus. Sie bekommt Herzklopfen, Angst usw. Sonst keinerlei seelischen Kummer, glückliche Ehe.

Soweit die Münchener Beispiele.

Selbstverständlich kann die hier getroffene Einteilung der Patienten nach dem zeitlichen Eintreten ihrer Reaktion für alle psychogenen Reaktionen angewandt werden und nicht nur für die durch Fliegerangriffe hervorgerufenen. Beispielsweise unternahm eine Kriegerwitwe, die vom Tode ihres Mannes bereits unterrichtet war, erst fünf Tage später einen Suizidversuch, als ihr die Habseligkeiten ihres gefallenen Mannes geschickt wurden. Doch ist diese Einteilung, wann zeitlich die Reaktion auf das Ereignis eintritt, gerade bei Fliegerangriffen besonders eindrucksvoll, da hier der Zeitpunkt, in welchem das schädigende Ereignis (Luftangriff) auftritt, objektiv festliegt und für alle Patienten der gleiche ist, ihre Reaktionen sich aber zeitlich oft erheblich voneinander entfernen.

KRANZ schreibt, daß viel schwerer ertraglich als der einzelne Angriff

das Dauerhafte der Bedrohung war, die ständige Erwartung der Möglichkeit eines kommenden Angriffs, der Verlust jeder Sicherheit, der Mangel an Ruhe, die chronische Entsicherung der Existenz. Sie wirkten auf die Dauer zermürbend im Sinne der körperlich-seelischen Erschöpfung. Auch PANSE betont die gedrückte Stimmung, in welcher die Bevölkerung teilweise während des Bombenkrieges lebte, fand aber in vielen Fällen nach erfolgtem Angriff neben völliger Apathie einen merklichen Aufschwung der Stimmung und des Lebensgefühls bis zur Euphorie als Entlastungsreaktion dafür, "daß das lange Befürchtete nun eingetreten und glücklich überstanden war".

Diese Fälle von Dauerangst kamen in München nur verhältnismäßig selten zur Aufnahme, obwohl ihre Zahl unter der Bevölkerung wahrscheinlich sehr viel größer war. Bei nur knapp einem Drittel der Aufnahmen mit abnormen Reaktionen nach Fliegerangriffen war diese psychische Dauerbelastung in Form der Angst vor drohenden Ereignissen zu finden.

Zur Erklärung der Seltenheit psychogener Reaktionen nach Fliegerangriffen sei noch auf folgendes verwiesen. Da - im Gegensatz zu einmaligen und lokal gebundenen Katastrophen wie Erdbeben oder Grubenunglücken - die Luftangriffe fast alle größeren Städte in hohem Maße trafen, war das Schicksal des Einzelnen für die Menge ohne Interesse. Alle waren gleich betroffen und jeder hatte für sich selber zu sorgen. Mit Anteilnahme, Mitleid oder überhaupt Beachtung des Einzelschicksals durch die breite Öffentlichkeit war nicht zu rechnen. Der Einzelne verschwand völlig, in der Menge der Geschädigten und Betroffenen. Das Fehlen jeglicher Resonanz wirkte daher sicherlich auch der Entstehung abnormer Reaktionen mit entgegen. Auch die 'Wunschtheorie', aus den Gefahrengebieten fortzukommen, die BONHOEFFER²⁷⁾ 1919 für die Entstehung von Schreckreaktionen bei Soldaten und Verwundeten als mitverantwortlich aufstellte, kann hier keine Anwendung finden. Mag bei den Soldaten im Felde der Wunsch, in die Heimat als die Stätte der Geborgenheit und absoluten Sicherheit (im ersten Weltkrieg!) zu kommen, bei der Ausgestaltung psychogener Mechanismen eine bedeutende Rolle gespielt haben, so hat dieses Faktum für die bombengeschädigte Bevölkerung im zweiten Weltkrieg keine Bedeutung, da viele Orte Deutschlands gleichermaßen von Fliegern bedroht waren und keine Sicherheit mehr boten. Außerdem wäre auch die Flucht aus der Stadt mit zahlreichen Opfern verbunden gewesen, Aufgabe der Wohnung und des Arbeitsplatzes, Verlassen der vertrauten Umgebung, Trennung von Freunden, Bekannten und Verwandten. Auch mag hier und da dem Verlassen der Stadt, wie auch der Entstehung abnormer Reaktionen, eine gewisse Scham entgegengewirkt haben, in den Augen der Mitmenschen und Mitbetroffenen als 'feige' dazustehen, so daß man lieber, wie

es damals propagiert wurde, 'eingedenk der Opfer der Front' die Strapazen des Bombenkrieges geduldig ertrug.

Zusammenfassend kann man sagen, das seltene Auftreten psychogener Reaktionen nach Luftangriffen kann folgende Ursachen haben:

Vorbereitung auf die Katastrophen durch Propaganda, Übungen, Kurse und Nachrichten aus anderen Städten. Auslese der Bevölkerung durch vorzeitiges Verlassen der Stadt von konstitutionell für abnormes Reagieren disponierten und ängstlichen Personen.

Fehlen begünstigender Faktoren, wie Anteilnahme und Schutz vor weiteren psychischen Belastungen (auch das Krankenhaus vermochte keine Sicherheit mehr zu bieten!).

Die rasches und klares Denken und Handeln erfordernde durch den Angriff geschaffene Situation.

Das Aufgehen und Verschwinden des Einzelnen und seines Schicksals in der Menge.

Möglicherweise auch eine Abschwächung der Emotion und Vitalitätsdrosselung durch chronische Unterernährung ('organische Dämpfung' SCHMIDT).

Verdrängung der auffälligen psychogenen Reaktion in die Intimform.

VIII. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden unter 22198 Gesamtaufnahmen der Nervenklinik der Universität München und der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing während der Kriegszeit 3542 Fälle mit abnormen Reaktionen gezählt. Diese 3542 Fälle wurden untersucht und nach Diagnosen, auslösenden Momenten ihrer Reaktionen, Geschlecht und Alter unterteilt.

Die Frauen erkrankten häufiger als die Männer. Unter den abnormen Reaktionen sind die Frauen mit 58,6 %, die Männer mit 41,4 % vertreten.

Altersmäßig erkrankten die 20-29jährigen Frauen am häufigsten, bei den Männern die 30-39jährigen.

Alters- und zahlenmäßig steigen die Aufnahmen bis zum Maximum in diesen Lebensjahrzehnten an und gehen danach gleichmäßig wieder zurück. Vergleiche mit Aufnahmen psychoreaktiver Störungen in Friedenszeiten (1953-1955) zeigten, daß die hier gefundene altersmäßige Verteilung in Kriegs- und Friedenszeiten gleich war, also nicht durch Kriegsgeschehen beeinflusst wurde.

Die abnormen Reaktionen, die zu Anfang des Krieges (1939) 22,1 % der Gesamtaufnahmen betrugten, nahmen im Laufe des Krieges ab und betrugen 1945 nur noch 10,9 % aller Klinikaufnahmen.

Unter den abnormen Reaktionen standen die Suicidversuche anteilmäßig an erster Stelle (28,5 %). Die Suicidversuche der Frauen betrugen das Dreifache derer der Männer. Als Gründe für den Suicidversuch wurden von beiden Geschlechtern am häufigsten Liebeskummer und Eheschwierigkeiten angegeben (bei den Männern in 31,2 %, bei den Frauen in 45,5 % aller Suicidversuche).

Reaktive Depressionen und Erschöpfungszustände waren verhältnismäßig selten vertreten (3,7 % und 2,6 %). Die Aufnahmen Süchtiger (14,3 %) wurden im Laufe der Kriegsjahre immer seltener, erreichten 1945 ihren Tiefpunkt und stiegen in den Nachkriegsjahren wieder an. Die durch Kriegereignisse (Luftangriffe, Kriegstod nächster Angehöriger, rassische und politische Verfolgungen) ausgelösten Reaktionen betrugen nur 5,7 % aller abnormen Reaktionen und 0,96 % aller Klinikaufnahmen. Auch hier standen die Suicidversuche an erster Stelle.

Unter den Patienten mit kriegsbedingten abnormen Reaktionen waren Aus-

länder (Kriegsgefangene, Fremdarbeiter) und Juden besonders häufig (30,7 %).

Während die Aufnahmen abnormer Reaktionen allgemein im Laufe der Kriegsjahre bis auf die Hälfte zurückgegangen waren, stiegen die durch Kriegsereignisse bedingten Reaktionen gegen Ende des Krieges hin an.

Die durch Luftangriffe bedingten Reaktionen waren trotz zahlreicher und schwerer Angriffe auf die Stadt selten. Sie betrugen 1,5 % der abnormen Reaktionen und 0,25 % aller Klinikaufnahmen während des Krieges. Sie nahmen ebenfalls gegen Kriegsende hin an Zahl zu.

Die Untersuchungen haben ergeben, daß im Gegensatz zum Weltkrieg 1914/18 die durch Kriegsereignisse ausgelösten abnormen Reaktionen im letzten Kriege verhältnismäßig selten zur Aufnahme gelangten. Auch hat sich das äußere Erscheinungsbild der durch psychogene Einflüsse gestörten Körperfunktionen weitgehend geändert. Die psychogenen Tremoren sind fast völlig verschwunden. Ebenso wurden psychogene Lähmungen, Dämmerzustände, Aphonien nur selten gefunden. Dem gegenüber steht möglicherweise eine Zunahme der 'Organneurosen'.

An Beispielen wurde gezeigt, daß es oft ganz besonders schwerer Gemütserschütterungen oder Summationen von seelischen Belastungen bedarf, ehe es zur Auslösung abnormer Reaktionen kommt.

Das Ansteigen der Aufnahmen von Patienten mit kriegsbedingten abnormen Reaktionen gegen Kriegsende hin hat gezeigt, daß im Laufe der Kriegsjahre eine zunehmende 'Sensibilisierung' der Bevölkerung stattgefunden hat, wahrscheinlich in besonderem Maße durch die Luftangriffe, ferner durch chronischen Schlafentzug und chronische Unterernährung.

Literaturangaben

- 1) Braun, E. Klinik der Gegenwart.
Band IV 154.
- 2) Bonhoeffer, K. Geistes- und Nervenkrankheiten, Handbuch
d. ärztl. Erfahrungen i. Weltkrieg 1914/18,
4. Leipzig 1922/1934.
- 3) Toepel, H. Über die Häufigkeit geistiger Erkrankungen vor
und nach dem Kriege.
Mschr. Psychiatr. 49, 323 (1921).
- 4) Kranz, H. Zeitbedingte abnorme Erlebnisreaktionen.
Allg. Z. Psychiatr. 124, 336 (1949).
- 5) v. Baeyer, W. Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnis-
reaktionen i. d. Gegenwart.
Nervenarzt 19, 404 (1948).
- 6) Kolle, K. Der Psychiater u. d. psychosomatische Proble-
matik. Verhandlungen d. Deutsch. Ges. f. innere
Medizin.
München: Bergmann Verlag 1949.
- 7) Schmidt, G. Gestaltwandel v. Massenreaktionen auf
Kriegs- und Nachkriegsüberlastung.
Fortschr. Neurol. 22, 125 (1954).
- 8) Panse, F. Angst und Schreck.
Stuttgart: G. Thieme Verlag 1952.
- 9) Beringer, K. Über hysterische Reaktionen bei Flieger-
angriffen.
Festschrift für Kurt Schneider, Heidelberg:
Verlag Scherer 1947.
- 10) Janz, H. W. Psychopathologische Reaktionen der Kriegs-
und Nachkriegszeit.
Fortschr. Neurol. 17, 264 (1949).
- 11) Meister, M. Diss. Erlangen 1946.
- 12) Dobroschke, Ch. Das Suchtproblem d. Nachkriegszeit.
Dtsch. med. Wschr. 1184 (1955).

- 13) Kolle, K. Psychiatrie. 4. Aufl. Berlin, München:
Urban u. Schwarzenberg 1955.
- 14) Helmich, P. Über d. Häufigkeit psychoreaktiver Störungen
i. d. Lebensmitte d. Frau.
Diss. München 1957.
- 15) Reisinger, T. Über d. Häufigkeit psychoreaktiver Störungen
bei männl. u. weibl. Pat. im Senium u. im Al-
ter von 20-30 Jahren.
Diss. München 1957.
- 16) Ullmann, G. Psychoreaktive Störungen im mittleren Mannes-
alter.
Diss. München 1957.
- 17) Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie.
4. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg:
Springer Verlag 1946.
- 18) Kolle, K. Pathologie d. sozialen Kontaktes.
Medizinische 8 (1953).
- 19) Schulte, W. Äußere Einflüsse auf neurol. -psychiatr. Krankhei-
ten, ein Vergleich m. d. ersten Weltkriegserfah-
rungen.
Ärztl. Wschr. 550 (1947).
- 20) Kretschmer, E. Hysterie, Reflex, Instinkt.
3. Aufl. Leipzig: G. Thieme Verlag 1944.
- 21) Statistisches Handbuch d. Stadt München.
R. Oldenburg Verlag 1954.
- 22) Wetzel, A. Über Schockpsychosen.
Z. Neur. 65, (1921).
- 23) Gaupp Referat über Kriegsneurosen.
Z. Neur. 34, (1916).
- 24) Hoche Beobachtungen bei Fliegerangriffen.
Archiv f. Psychiatr. 57, 884 (1917).
- 25) Bonhoeffer, K. Vergleichende psychopathol. Erfahrungen aus
den beiden Weltkriegen.
Nervenarzt 18, (1947).

- 26) Liepmann, H. Zur Fragestellung in dem Streit über die
traumatische Neurose.
Z.Neur. 35, 233 (1916).
- 27) Bonhoeffer, K. Zur Frage der Schreckpsychosen.
Mschr. Psychiatr. 46, (1919).

Abschließend möchte ich Herrn Professor Dr. Kurt Kolle sowie Herrn Professor Dr. Willibald Scholz für die freundliche Überlassung des Krankengeschichtenmaterials danken.

Meinen besonderen Dank möchte ich Herrn Priv.-Doz. Dr. Joachim-Ernst Meyer für die Stellung des Themas, die wertvollen Anregungen sowie die jederzeitige freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung des Stoffes aussprechen.

Lebenslauf

Am 3. August 1928 als zweiter Sohn des Facharztes Dr. med. Siegfried Schlegel und seiner Ehefrau Maria, geb. Herwig in Braunschweig geboren. Von 1935 bis 1939 Besuch der Volksschule Ottmerstraße in Braunschweig. Von 1939 bis 1944 Schüler des Staatlichen Wilhelm-Gymnasiums in Braunschweig. Januar 1944 als Luftwaffenhelfer zum Militärdienst eingezogen. September 1945 aus Gefangenschaft entlassen. Anschließend wieder Besuch des Staatlichen Wilhelm-Gymnasiums in Braunschweig. 1948 Reifeprüfung. Wintersemester 1952 Beginn des Medizinischen Studiums in München, 1955 ärztliche Vorprüfung in München. 1958 Meldung zum Medizinischen Staatsexamen.

Abschluß der ärztlichen Prüfung: 30. 5. 1958.

